

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

282

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 16 Mai 1896, à 1 heure

Par N. BIÉLINKIN

Né à Smilovitch (Russie), le 13 décembre 1869.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS POSTCONCEPTIONNELLE

Président : M. LE DENTU, professeur.

Professeur : M. CORNIL.

Agrégés : M.M. { QUÉNU.
ALBARRAN.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

282

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 16 Mai 1896, à 1 heure

Par N. BIÉLINKIN

Né à Smilovitch (Russie), le 13 décembre 1869.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

SYPHILIS POSTCONCEPTIONNELLE

Président : M. LE DENTU, professeur.

Professeur : M. CORNIL.

*Agrégés : MM. { QUÉNU.
ALBARRAN.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen..... M.	BROUARDEL.
	Professeurs.....	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		N.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SÉE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIERRY.
ALBARAN.	GILBERT.	NELATON.	THOINOT.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	travaux anatomi-	WALTER.
BROCA.	HEIM.	ques.	WEISS.
CHANTEMESSE.	LEJARS.	BETTERER.	WIDAL.
CHARRIN.	LETULLE.	RICARD.	WURTZ.
DÉLBET.	MARFAN.	ROGER.	
	MARIE.	SEBILLEAU.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU,

Chirurgien à l'hôpital Necker,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

*Hommage de profond respect
et de sincère reconnaissance.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0101



INTRODUCTION



Nous avons eu, l'hiver dernier, l'occasion d'observer à la Clinique d'accouchement, rue d'Assas, beaucoup de femmes enceintes, syphilitiques.

L'étude large et complète faite à propos de ces malades par MM. les docteurs Bar et Barthélemy a fait naître en nous l'idée de choisir, comme sujet pour notre thèse inaugurale, une des questions concernant la syphilis et notamment : « La syphilis post-conceptionnelle ».

Nous n'avons, certainement, pas la prétention de résoudre cette question si controversée et nous comptons surtout sur l'indulgence de notre jury, mais nous sommes heureux de pouvoir apporter quelques documents, qui seront peut-être utiles pour ceux qui

voudront faire une étude plus approfondie, plus complète sur ce sujet.

Un fait relativement nouveau est timidement apporté ici : c'est que l'enfant peut naître indemne. Nous devons à MM. Bar et Barthélemy, la connaissance de ce fait. Quelques preuves, que nous donnons, sont dues à nos recherches personnelles.

Avant d'entrer en matière, nous profitons de l'occasion, qui nous est offerte, de rendre un témoignage public de gratitude à nos maîtres dans les hôpitaux.

Nous prions d'abord notre maître, M. le professeur Le Dentu, de vouloir bien nous permettre de le remercier de ses leçons si instructives et si intéressantes et de tout ce que nous avons appris dans son service, ainsi que de l'honneur qu'il a daigné nous faire en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous remercions ensuite notre maître, M. le docteur Hanot, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, dont nous n'oublierons jamais les excellentes leçons.

A M. le docteur Chauffard, nous exprimons notre vive reconnaissance pour son enseignement qui nous a tant profité.

A M. le docteur Bar, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, nous témoignons notre plus vive gratitude pour son enseignement si instructif, si brillant et pour sa grande bienveillance pour nous, qui ne s'est jamais démentie. Nous le prions également d'accepter nos remerciements respectueux pour les observations qu'il a bien voulu mettre à notre disposition.

Nous adressons nos remerciements à M. le docteur

Huchard, chez qui nous sommes heur eux d'avoir passé quatre mois, dont nous avons tiré le plus grand profit pour notre éducation clinique.

Enfin, nous remercions M. le docteur Dubrisay, chef de clinique à la Faculté, qui nous a, avec beaucoup de bonne grâce, facilité la recherche des observations que nous publions ici.





I

Historique.



La question de la transmissibilité au fœtus de la syphilis maternelle acquise pendant la grossesse date du xvi^e siècle. Le premier auteur qui en parle est Auger Ferrier (1557) (1-2). Voici comment il s'exprime : *Si matera die conceptionis, in morbum inciderit commu-*

(1) Cité par Blaise, Vajda.

(2) Auger-Ferrier, médecin français (1513-1588), né près de Toulouse, il fit ses études médicales à Toulouse, s'occupa en même temps de l'astrologie judiciaire, science fort en vogue à cette époque. Il a laissé plusieurs ouvrages : entre autres, *De luc hispanica*, 3 vol., 3^e édit., 1553, 1564, 1577.

Ferrier précise très nettement les trois manières dont l'infection peut s'opérer : *Cum in utero morbus contrahitur, tanquam hereditarium fit malum et tanquam corruptum elementum una cum paterno vel materno semine infunditur aut si mater et cet.*

nicantis foetui vitiosis infectis que humoribus primae confirmationes facultatis actiones organa corrumpi necesse est.

Alexandre Trajanus Petronius (1563) (1) l'admet également :

« Toutes les humeurs de la mère sont infectées et elle transmet la maladie à son enfant. »

Mais au XVIII^e siècle cette transmissibilité est niée, Hunter (2), qui cependant a eu l'occasion d'observer une femme enceinte contracter la syphilis et mettre au monde un enfant syphilitique, ne veut pas l'admettre. Pour expliquer ce cas il suppose l'utérus infecté d'abord et l'enfant secondairement par le tissu utérin malade.

D'ailleurs cette manière de comprendre la question était fatale pour Hunter, car d'après lui la syphilis se transmet par contagion directe, le sang ne pouvant en aucune façon être l'agent de la contamination. Cette opinion acquise par les résultats négatifs de ces expériences l'oblige à ne pas admettre la transmission de la syphilis de la mère au fœtus *in utero*. Son contemporain Girtanner (1788) niant également la possibilité de la transmission invoque la théorie suivante : « L'enfant ne peut être atteint par la syphilis, parce qu'il ne se nourrit qu'aux dépens de la lymphe non contaminée, la lymphe contaminée ne lui sert pas de nourriture. C'est

(1) Cité par Neumann, Wiener Medizinische Presse, 1885.

(2) Hunter (1728-1794). Traité des maladies vénériennes, 1786.

pour cela, dit-il, qu'il vient généralement au monde dans un état de marasme (vu sa nourriture restreinte), mais il n'est pas syphilitique. La syphilis des nouveau-nés serait due, d'après cet auteur, à l'infection au passage de la filière pelvigénitale.

Partant de l'idée que le sang ne peut être le véhicule de l'infection syphilitique, Wendt n'admet naturellement pas l'infection du fœtus par la syphilis acquise pendant la gestation.

Jörg et Meissner (1) attribuent au liquide amniotique la *propriété de détruire* le virus syphilitique.

A cette époque, l'idée de la non transmissibilité de la syphilis post-conceptionnelle régnait en maîtresse, et c'est Albers (2) qui a eu le mérite de déclarer hautement « n'y rien comprendre » en voyant un enfant venir au monde syphilitique d'une mère infectée le sixième mois de la grossesse. « On aura une idée plus exacte sur l'infection, dit-il, quand l'étude des maladies héréditaires sera plus approfondie. »

Cette question a été mieux étudiée en 1852 par Waller et ses contemporains qui ont démontré que le sang peut être l'agent de l'infection syphilitique.

A partir de ce moment l'idée de la transmission de la syphilis post-conceptionnelle commence à être admise par la plupart des auteurs, mais l'on insiste sur l'immunité dont paraît jouir souvent l'enfant et l'on

(1) *Lepage*. Dictionnaire Dechambre.

(2) *Vajda*.

cherche à établir l'époque de la contamination à laquelle cette immunité correspond.

Seul Kassowitz (1) qui ne voulant accepter la transmissibilité de l'infection syphilitique au fœtus *in utero*, dit :

« Le virus syphilitique ne peut traverser les parois vasculaires qui séparent la circulation fœtale de la circulation maternelle, il est inhérent aux éléments anatomiques de l'organisme et il faut de toute nécessité qu'un de ses éléments passe d'un organisme à l'autre pour y transporter la maladie. L'échange de gaz et de liquide qui se fait dans le placenta, ne suffit pas pour effectuer la migration du virus. » Quelque temps après (1875), Kassowitz a modifié son opinion : « Le virus syphilitique ne peut traverser les parois vasculaires qui séparent la circulation fœtale de celle de la mère, mais dans les cas exceptionnels, quand le placenta est malade, la migration du virus est possible. »

Diday, analysant les rapports qui existent entre les deux êtres pendant la grossesse, affirmait que la mère ne peut transmettre la maladie pendant les premiers temps et il donnait comme limite à cette non-transmissibilité les quatre premières semaines de la gestation, pendant lesquelles la circulation placentaire n'existe pas ou est à l'état rudimentaire, et il admettait que la transmission est également possible quand la syphilis est contractée après le septième mois, car

(1) *Lepage*. Dictionnaire Dechambre.

« plus on approche de l'accouchement, plus le fœtus s'habitue pour ainsi dire à vivre d'une vie propre, plus aussi se relâchent les liens qui l'unissent à sa mère ».

Diday considérerait donc les cinq mois qui suivent le second de la gestation comme les plus favorables pour l'infection du fœtus.

D'après Ricord, jusqu'au sixième mois, la mère peut transmettre la syphilis, acquise pendant la gestation, mais si l'infection a lieu dans les derniers trois mois, il n'est pas sûr que la transmission soit possible.

Bertin (accoucheur), conclut de ses observations que l'infection de l'enfant est d'autant moins à craindre que l'invasion de la syphilis est plus voisine chez la femme du moment de l'accouchement.

Putegnat et de Laville (1854) : Lorsque la syphilis ne s'est développée que pendant le cours de la gestation, le fœtus sera à peu près sûrement infecté les premiers trois mois. Si la syphilis constitutionnelle ne survient que dans les derniers mois, le fœtus pourra l'éviter « grâce à sa forte constitution qu'il a reçue du père, si celui-ci est sain ».

Bärensprung étend l'immunité accordée généralement au fœtus aux deux derniers mois de la vie intra-utérine. La femme qui contracte la syphilis pendant la seconde moitié de la grossesse, ne serait pas susceptible de contaminer son enfant.

D'après Parrot, c'est à partir du septième mois de la gestation que le produit de la conception est garanti contre l'invasion du virus syphilitique.

Fournier ne nie pas absolument la transmission de la syphilis dans la seconde moitié de la grossesse, mais il n'en admet qu'un petit nombre de cas.

En 1864, Chabaliér publie une observation (classique, citée par tous les auteurs) où la transmission aurait eu lieu au huitième mois: « Le sang maternel imprégnant et nourrissant le fœtus pendant un mois, ne peut que lui apporter le virus qu'il charrie ».

L'infection syphilitique contractée dans les derniers mois de la grossesse ne pourrait pas agir, d'après Henri Roger, le temps manquant pour le développement du virus. Il faut compter trois ou quatre semaines pour l'incubation du chancre et six semaines à deux mois pour l'incubation des accidents secondaires. A cela, ajoutons plusieurs septénaires pour la transmission et l'éclosion du germe morbide chez l'enfant. Celui-ci se trouve soustrait par sa naissance à l'intoxication qui le menaçait dans l'utérus.

Schroëder (1870): Si la mère est saine au moment de la conception et n'est infectée que pendant la grossesse, les enfants naissent indemnes et restent sains. L'infection maternelle est très rare.

Bousquet (Thèse de Paris, 1872): La vie du fœtus est d'autant moins compromise que la mère a été infectée à une époque plus rapprochée du terme de la gestation. Si, au contraire, elle était malade avant la fécondation, l'enfant est irrévocablement contaminé.

D'après Bourreau (Thèse de Paris, 1879). Si la mère est seule malade et si elle est contaminée au moment de la conception, l'action de la syphilis est

certaine. Si elle a été infectée pendant la grossesse « l'influence est d'autant moins que l'on se rapproche du terme ».

Tandis que la majorité des auteurs attribuent cette immunité au fœtus pendant les derniers temps de la gestation, Rosen (1) et Oewre (2), au contraire, considèrent cette époque comme la plus favorable pour la transmission de la syphilis à l'enfant et, chose curieuse, Oewre va même jusqu'à proposer de pratiquer l'accouchement prématuré, chaque fois qu'une femme contracte la syphilis au delà du septième mois de la grossesse dans le but de soustraire l'enfant à l'infection imminente.

Zeissl établit d'une manière formelle que l'infection peut avoir lieu au septième mois de la grossesse.

M. le professeur Tarnier, dans son *Traité d'accouchement*, combat l'idée des auteurs qui n'admettent pas la transmission de la syphilis dans la seconde moitié de la grossesse.

Nous ferons observer que ces auteurs n'apportent pas assez de preuves pour justifier leur opinion ou s'appuient sur un nombre de faits trop restreint et il faut arriver aux travaux de Vajda, Neumann, Sename, Etienne, etc., pour voir cette question minutieusement étudiée, discutée avec de nombreuses observations et dès lors reposée sur des bases solides, comme nous le verrons plus loin.

(1) *Neumann*. Wiener Medic. Pr., 1885.

(2) *Archiv. für Dermatologie und Syphylis*, 1869.



II

Influence de la grossesse sur la syphilis.



Les rapports réciproques de la grossesse et de la syphilis ont été bien étudiés. Les travaux de M. le professeur Fournier qui a démontré que « la grossesse complique la vérole », ont surtout imprimé à toute cette partie de la syphiliographie un véritable essor. D'autres observateurs n'ont fait que confirmer l'opinion de M. Fournier qui s'est exprimé en ces termes dans une de ses excellentes leçons :

« Il est positif que chez un certain nombre de femmes syphilitiques, la grossesse évolue sans incident spécial. Elle est alors, peu s'en faut, ce qu'elle serait à l'état sain. Malheureusement ces choses sont bien loin de se passer toujours ainsi, et pour ma part, chez la grande majorité des femmes, la grossesse est l'occa-

sion d'une série de troubles et d'accidents plus ou moins sérieux, plus ou moins graves.

Localement d'abord, la grossesse prédispose la région génitale à des poussées de syphilides muqueuses qui prennent, je ne dirai pas une gravité, mais une importance particulière en raison même des conditions physiologiques que confère la gestation à tout l'appareil génital. L'état congestif anormal de la vulve est pour ces accidents une cause d'appel et d'entretien.

Les papules muqueuses, par exemple, ne se bornent pas à être très communes chez les femmes enceintes, elles se développent sur elles avec une exubérance singulière, prenant rapidement la forme bourgeonnante végétante, hypertrophique et arrivent souvent à constituer de nombreuses tumeurs qui envahissent et déforment toute la vulve. De plus, elles sont toujours rebelles, plus rebelles que d'habitude et se résolvent difficilement, plus lentement qu'elle n'ont coutume de le faire en toute autre circonstance. De même et pour une raison identique, les syphilides de forme ulcéreuse sont assez fréquentes chez les femmes enceintes. Livides, violacées, creuses et rendues plus creuses encore par la turgescence vasculaire des parties, elles persistent en général plus ou moins longtemps et tendent souvent à progresser. On a même parfois toutes les peines du monde à en obtenir la cicatrisation avant l'accouchement. »

Elles déterminent un suintement abondant et répandent une odeur caractéristique (Vinay).

Mais si les accidents secondaires portent un cachet

spécial, l'accident primitif est également très caractéristique, il subit une évolution particulière, a un aspect propre à lui et surtout une durée excessivement longue. Ordinairement, très peu prononcé chez les femmes, à un tel point qu'il passe toujours inaperçu, le chancre syphilitique de la femme enceinte est bien distinct. « Il a l'aspect multicolore, c'est le chancre en cocarde, ou bien sa teinte est très sombre, analogue à celle de la pensée » (Fournier), il participe de l'aspect ardoisé qui s'étend alors à la muqueuse des organes génitaux.

Quant à la durée de ce chancre elle est de deux ou trois mois, se prolonge quelquefois quatre ou même cinq mois. On a vu un chancre syphilitique qui, chez une femme enceinte dura sept mois (Cenatesco).

L'action aggravante de la grossesse ne s'exerce à vrai dire que pour les chancres génitaux ou périgénitaux (Vinay).

Augangneur a pu constater chez une femme enceinte un chancre de l'amygdale, et chez une autre un chancre de la lèvre où l'un et l'autre ont évolué normalement. Nous apportons dans ce travail une observation qui confirme ce point.

Le chancre génital subit d'autant plus l'action aggravante de la grossesse, qu'il apparaît à une époque plus avancée de la gestation. C'est là un fait très important. Un chancre existant depuis quinze jours ou trois semaines avant la fécondation se comportera souvent comme si la femme n'était pas enceinte. Il sera presque toujours rendu plus grave, s'il apparaît que la

grossesse date de trois à quatre mois. Plus le fœtus est volumineux, plus le chancre ressent l'effet de la grossesse. C'est une loi générale que toutes les tumeurs qui existent dans la région sexuelle subissent, du fait de la grossesse, un effet hypertrophiant. Les varices de cette région deviennent également turgescentes et douloureuses, il n'est pas étonnant que les chancres syphilides subissent un effet analogue (Vinay).

L'état général est également atteint dans une proportion inaccoutumée par la double action. « Les femmes deviennent pâles, chlorotiques, hydrohémiques, faibles, alanguies, nerveuses, malades en un mot » (Fournier).

L'inappétence, les palpitations, la céphalée, l'hystérialgie ne sont jamais plus marquées que chez les femmes enceintes.

La fièvre secondaire qui est ordinairement fugace et ne s'élève à l'hyperthermie que dans les formes malignes présente pendant la grossesse une ténacité et une intensité qui ne concordent nullement avec les manifestations visibles de l'infection.

M. Fournier a publié deux faits probants : dans l'un la fièvre se montra sans interruption du 16 octobre au 4 janvier et dans l'autre du 20 août au 8 janvier (pendant 80 et 141 jours). Cette fièvre est le plus souvent intermittente avec maximum vespéral.





III

Influence de la syphilis sur la marche de la grossesse.



C'est un fait indéniable que la syphilis interrompt la grossesse dans plus du tiers des cas.

D'après Fournier 25 fois sur 44 grossesses.

— Diolay 16 — 18 —

— Le Pileur 154 — 414 —

Champetier a réuni plus de 700 cas et a trouvé une moyenne de 42 o/o. Telle serait la statistique générale.

Quelle serait la proportion si on ne considère que les cas dans lesquels la syphilis aurait été contractée après la conception ?

Voici ce que dit à ce sujet, M. le professeur Fournier : « Une syphilis antérieure à la grossesse, favorise-t-elle plus l'avortement que la syphilis postérieure à la conception. Cela n'est pas douteux. Ainsi, une

femme syphilitique qui devient enceinte est plus exposée à l'avortement qu'une femme enceinte qui devient syphilitique. Ce fait ressort sans conteste de l'observation. La plupart, la grande majorité des fausses couches imputables à la syphilis, sont la conséquence de la syphilis anté-conceptionnelle. Il est plus rare, toutes proportions gardées d'ailleurs, qu'une fausse couche soit déterminée par une contamination postérieure. Les femmes grosses qui prennent la syphilis courent, certes, de nombreux risques d'avortement, mais elles en courent moins que si la contagion eût précédé la grossesse. Et j'ajoute : les dangers d'avortement sont d'autant moindres pour elles que la syphilis survient à une époque plus éloignée de la conception. Si la contagion s'est exercée tout à fait au début de la grossesse, il y a péril sérieux d'avortement. Si elle se produit au delà du quatrième ou du cinquième mois, la fausse couche est beaucoup moins à craindre et finalement les chances d'expulsion prématurée du fœtus deviennent nulles, lorsque l'imprégnation virulente est plus tardive encore, c'est-à-dire contemporaine du dernier temps de la gestation. » Cela est certainement vrai, nous allons préciser par des chiffres, la fréquence des fausses couches causées par la syphilis acquise pendant la gestation. Comme nous venons de voir, la différence est grande selon l'époque à laquelle la femme est contaminée.

La syphilis acquise pendant les premiers trois mois de la grossesse, donne une proportion très grande de fausses couches, un résultat beaucoup plus déplorable

que celui de la statistique générale. Ainsi, nous observons suivant différents auteurs (1) :

AUTEURS	NOMBRE de cas	NOMBRE de fausses couches
(2) Etienne.....	19	18
(3) Sename.....	3	0
(4) Le Grand.....	4	3
(5) Neumann.....	17	15
(6) Hiridoyen....	9	9
(7) Lhomer.....	16	8
(8) Reimonecq.....	3	3

Moyenné générale. 71 cas, 56 fausses couches, plus de 78 o/o

Quand l'infection se produit pendant le quatrième et le cinquième mois, le nombre des accouchements prématurés diminue, il est encore notable, surtout si les femmes ne sont pas traitées.

(1) Toute observation où l'époque de la contamination n'est pas fixée d'une manière précise, a été écartée.

(2) Ann. de gynécologie, 1892.

(3) Thèse de Lille, 1888.

(4) Thèse de Paris, 85-86.

(5) a) Wiener medizinische Presse, 1885 (3 cas - 2 fausses couches).

— b) Wiener Medizinische Wochenschrift, 1889 (14 cas - 13 fausses couches).

(6) Arch. de tologie, 1886.

(7) Thèse de Lyon, 1892.

(8) Thèse de Bordeaux.

Femmes infectées pendant le quatrième et le cinquième mois.

AUTEURS	NOMBRE NOMBRE de d'accouchements	
	cas	prématurés
Etienne.....	14	9
Neumann.....	8	4
Reimonecq.....	2	1
Le Grand.....	2	0
Vallois (1).....	6	4
Sename.....	2	0
Moyenne générale.	34 cas, 18 accouch. prématurés, plus de 50 0/0	

Le traitement a une influence incontestable sur la marche de la grossesse. La proportion de fausses couches chez les femmes infectées pendant les premiers trois mois de la grossesse et non traitées, est 100 0/0 (sur 15 cas, 15 fausses couches (Etienne), elle est beaucoup moindre quand le traitement est institué, nous y reviendrons dans le chapitre suivant où nous étudierons l'influence de la syphilis sur le fœtus.

Les femmes infectées pendant les premiers trois mois de la grossesse, avortent généralement vers le sixième ou le septième mois et les enfants périssent bientôt après la naissance, ou sont morts en venant au monde.

(1) Thèse de Nancy, 1883.

Il nous est impossible de dire quelle est la proportion de fausses couches, lorsqu'il s'agit des femmes traitées dès le début de l'infection, les statistiques publiées portent sur des chiffres qui ne méritent pas de fixer notre attention.

Notons simplement que tous les auteurs sont d'accord pour affirmer qu'elle diminue beaucoup pour la première catégorie (1) et encore davantage pour la seconde. Nous ne connaissons qu'un seul auteur (Hiridoyen) qui prétend que le traitement n'a aucun succès, quand il s'agit de l'infection syphilitique contractée pendant le premier trimestre de la grossesse.

A partir du sixième mois et au delà, la syphilis post-conceptionnelle n'entrave pas la grossesse.

Ce n'est pas l'avis de quelques auteurs qui affirment que, même à cette époque, la syphilis entrave souvent la grossesse.

Nous estimons qu'ils ont tort : les uns parce qu'ils s'appuient sur un petit nombre d'observations, les autres parce qu'ils apportent des observations discutables. Certes, on trouve quelques observations des cas où la syphilis survenue pendant les derniers mois a suspendu la grossesse, mais leur nombre est très restreint.

La parturition n'a pas une influence fâcheuse sur la femme, infectée pendant la gestation ; nous n'avons observé à la Clinique qu'une seule femme syphilitique,

(1) On donne pour la première catégorie une proportion de 25 o/o.

dont l'accouchement a été suivi de quelques accidents infectieux, et encore leur guérison ne s'est pas fait attendre. Les autres ont toutes accouché très bien et ont eu des suites de couches normales. D'ailleurs, M. le professeur Fournier considère l'accouchement comme plutôt favorable, car c'est après l'expulsion du fœtus, que se produit rapidement l'amélioration des plaques muqueuses rebelles de la vulve. La céphalée, les troubles nerveux et digestifs diminuent aussi notablement.





IV

Influence sur le fœtus.



A l'heure actuelle, il ne peut exister des doutes sur la transmission au fœtus de la syphilis maternelle, acquise pendant la gestation. La syphilis peut se transmettre à l'enfant, mais ce n'est pas fatal. Elle se transmet à toutes les époques de la grossesse, avec une fréquence inégale. Quand la femme a été contaminée pendant le premier trimestre de la grossesse, elle a toutes les chances d'avoir un enfant syphilitique, il vient au monde dans ces cas avec des signes syphilitiques manifestes et souvent il est atteint de la syphilis viscérale. L'existence du fœtus est même très compromise, quand le traitement n'est pas institué. Il vient au monde alors toujours avant le terme. La mortalité fœtale est 100 o/o. Sur 15 femmes non traitées, Etienne a observé 11 mort-nés avant terme et 4 nés vivants avant terme, qui ont succombé quelques jours après la naissance. Elle diminue notablement sous l'influence du traitement, devient même nulle d'après quelques auteurs.

Mais il est exceptionnel de voir l'enfant venir au monde sain (1). Si la femme est contagionnée pendant le deuxième trimestre, l'enfant peut être syphilitique. Cela s'observe cependant beaucoup plus rarement que ne le pensent certains auteurs. Lorsque la femme est infectée pendant les trois derniers mois, la syphilis n'entrave pas la grossesse, elle ne l'entrave pas même à partir du sixième mois et donne une mortalité fœtale presque nulle.

C'est là un fait acquis par tous les observateurs. A ce sujet, il est intéressant de citer une des conclusions de la thèse de Lhomer, qui, voulant démontrer que la syphilis post-conceptionnelle se transmet souvent aux enfants, même pendant les derniers mois de la grossesse, dit cependant : « Le point le plus important, c'est la faible proportion de mortalité. Il n'y a pas d'enfants qui meurent. » La syphilis peut se transmettre même à cette époque.

Nous apportons quelques observations qui sont très intéressantes à cet égard, elles le sont d'autant plus, qu'elles sont très précises.

OBSERVATION de ZIESSL, 1880

(montrant que l'infection du fœtus est possible au septième mois de la gestation).

Un mari éloigné de sa femme à partir du deuxième mois de

(1) Nous ne connaissons que quelques observations de Neumann où les enfants sont venus au monde en apparence sains.

la grossesse, contracta un chancre qui fut suivi d'accidents spécifiques; de retour, à l'époque du septième mois de la grossesse, il donna la contagion à la femme; celle-ci eut successivement l'accident primitif et une syphilide maculeuse et mit au monde une fille qui, quinze jours plus tard, eut une éruption spécifique.

OBSERVATION de VAJDA

(*Wien. Méd. Woch.*, 1880)

Femme infectée au septième-huitième mois de la grossesse.

Enfant syphilitique.

Un mari quitte sa femme le 24 juin 1878 et prend la syphilis au bout de quelques jours. Sa femme était enceinte de quatre cinq mois, Vajda a eu l'occasion d'examiner cette femme le 10 août 1878 et l'a trouvée saine. Celle-ci n'a pas eu encore des rapports avec son mari malade. Le mari a des accidents syphilitiques le 26 août. Malgré la défense du médecin, il pratique le coït avec sa femme le 9 septembre, deux mois et demi après le coït infectant. Le 17 octobre, Vajda examine la femme et constate un chancre induré..., et une adénopathie indolente. Au bout de quelque temps, elle a des signes de la syphilis secondaire. Accouche à terme d'un enfant sain en apparence qui, sept semaines après, présente des symptômes de la syphilis héréditaire.

OBSERVATION de NEUMANN

(*Wien. Med. Pr.*, 1885).

Infection de la femme au septième mois. Enfant syphilitique.

L. A., fille de 23 ans, d'une constitution robuste, a conçu

d'un homme bien portant. Elle a des rapports avec un syphilitique au cours du septième mois de la grossesse. Le 29 mars 1883, elle entre à l'hôpital avec des signes suivants : Plaques muqueuses sur le bord de la grande lèvre gauche, adénopathie généralisée, syphilides maculeuses aux extrémités supérieures et sur le dos, amygdales hypertrophiées.

Elle accouche d'un enfant de 3.000 gr. qui, treize jours après la naissance, présente une éruption de taches lenticulaires du pied gauche et meurt six jours après d'une gastro-entérite.

Autopsie. — Pas d'altération syphilitique des os. Estomac, intestins normaux, foie atteint d'hépatite interstitielle, prolifération des cellules hépatiques, agrandissement des interstices inter-lobulaires, tissu conjonctif épaissi.

OBSERVATION de NEUMANN.

Wien. Med. P., 1885.

Femme infectée au septième mois Enfant spécifique.

Un femme enceinte, âgée de 38 ans, a été infectée avec ses deux enfants par sa bonne. Au commencement du septième mois de la grossesse, elle remarque une petite tumeur sur la lèvre inférieure, qui n'était autre chose qu'un chancre syphilitique. Elle accouche au commencement du neuvième mois d'un enfant. Elle entre avec ses trois enfants à l'hôpital : le nouveau-né présente tous les symptômes de la syphilis héréditaire précoce, coryza, taches jaunes sur le corps. Foie, rate hypertrophiés. Le mari a été examiné le même jour, il a été trouvé absolument sain.

OBSERVATION de ETIENNE

Ann. de gynécologie, 1892.

Femme infectée dans le courant du huitième mois de la grossesse. Enfant syphilitique. Hémorrhagie dyscrasique précoce. Ulcération de nature syphilitique.

... , 21 ans, secondipare. Première grossesse normale à 19 ans, accouchée d'une fille actuellement bien portante.

Grossesse actuelle normale jusque dans le courant du huitième mois.

A ce moment, elle se présente au service des vénériennes avec un chancre induré extra-génital de la lèvre supérieure très récent, typique, de la grosseur d'une pièce de 1 franc. Les ganglions sous-maxillaires sont indurés, puis on voit se développer des syphilides papulo-hypertrophiques des replis génitaux, cruraux; syphilides croûteuses des grandes lèvres, syphilides papuleuses lenticulaires sous les seins. Alopécie latérale caractéristique. On applique immédiatement le traitement mercuriel (trois frictions par jour) et 1 gr. d'iodure de potassium par jour. La parturiente accouche à terme d'une fille pesant 3.640 gr. et qui ne présente pas de signe de spécificité. Délivrance normale.

L'enfant a une hémorrhagie gastro-intestinale au deuxième jour. Placée au biberon. Le 20 janvier 1892, l'enfant est atteint d'hémorrhagie du voile du palais; on découvre une petite plaque ulcérée.

Le 22 janvier, l'ulcération s'est étendue à la partie postérieure de l'arcade dentaire supérieure droite; autre petite ulcération le long de l'arcade dentaire supérieure en avant.

Sirop de Gibert, 1/2 cuillerée à café par jour.

Si aux observations précédentes nous ajoutons celle de Chabaliér, celle de Sename et celle de Wallmann, nous aurons cité à peu près toutes celles qui sont connues.

Mais ces cas sont sans aucun doute des cas exceptionnels. Ordinairement, quand la femme est infectée pendant le dernier trimestre, l'enfant vient au monde sain.

« Les enfants qui viennent au monde syphilitiques sont moins atteints que les enfants qui ont eu à compter dès l'origine avec la vérole de la mère. Ainsi les observations cliniques nous montrent que la syphilis acquise par l'enfant dans ces conditions, présente les formes ordinaires bénignes de la syphilis des nouveau-nés.

Cazenave, pour bien séparer cette catégorie de syphilis héréditaire des autres, avait proposé de lui donner le nom « de syphilis congénitale » (Blaise.)

En ce qui concerne l'infection syphilitique acquise au neuvième mois de la grossesse, nous n'avons pas trouvé d'observations qui affirmeraient la transmission du virus syphilitique à l'enfant. Les observations qui existent ne peuvent être considérées comme exactes, car elles s'appuient sur la constatation du chancre au neuvième mois, mais cela ne dit rien, puisque comme nous le savons, le chancre ne peut durer très longtemps et rien ne prouve qu'il ait apparu au neuvième mois, au contraire il sera plus juste de supposer que la femme a été infectée avant le neuvième mois.

D'ailleurs, si elle avait été réellement infectée au

neuvième mois, le chancre aurait dû faire son apparition tout à fait à la fin de la gestation. C'est là peut-être ce qui explique pourquoi on observe rarement ce fait, car lorsque l'infection remonte au neuvième mois, le chancre apparaît après l'accouchement et passe alors inaperçu.

La constatation de l'infection au neuvième mois présente donc des difficultés matérielles.

Pourtant Vajda qui est très sceptique en ce qui concerne les limites établies par d'autres auteurs, donne lui-même pour limite de la transmissibilité de la syphilis le neuvième mois.

Nous apportons ici des observations recueillies à la clinique d'accouchement rue d'Assas.

Il s'agit de femmes contagionnées pendant les derniers mois de la grossesse et dont les enfants sont venus au monde sains.

OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Bar, chef de service.

Infection syphilitique à la fin du 4^e mois ou au commencement du 5^e. Accouchement à terme. Enfant sain.

Côm... Adèle, âgée de 25 ans, cuisinière (primipare).
Entrée à la clinique, rue d'Assas, le 17 juillet 1895.

Age de la marche inconnu. Dernières règles 20 au 28 décembre 1894.

Présentation et position O I G P. Rien d'anormal au cœur ni aux poumons. Complication : varices aux membres infé-

rieurs. Herpès des parties génitales. Chancre syphilitique de la lèvre supérieure.

Le 20 juillet 1895. Examen fait par M. le docteur Barthélemy : le chancre syphilitique n'est pas douteux, il date d'environ deux mois; il durera 25 jours environ. La malade parle de cinq mois, mais il ne peut s'agir de la même lésion; il y avait probablement un peu d'eczéma et soit en riant, soit autrement, il s'est fait une gerçure qui a été la porte d'entrée.

L'adénopathie demi-maxillaire s'est formée avec suppuration, mais elle a presque disparu, pourtant on trouve encore quelques petits ganglions le long du cou, surtout à droite.

Traitement : friction de 4 gr. d'onguent napolitain tous les jours.

La femme accouche le 17 octobre normalement.

Durée du travail, 7 h. 50.

Enfant pesant 2970 gr. (fille). Placenta, 680, sans lésions. Cordon gras. L'enfant ne présente aucun signe de spécificité. Il reste à la clinique jusqu'au 30 octobre, augmente de poids. Sort sain.

OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Bar, chef de service.

Infection syphilitique acquise au 5^e ou 6^e mois, mal tolérée.

Accouchement à terme. Enfant dépourvue de signes syphilitiques.

Bas..., âgée de 20 ans, employée de commerce.

Entrée à la clinique le 4 1895.

A. H. — Néant.

A. P. — Age de la marche inconnu.

Premières règles à 11 ans, règles irrégulières, douloureuses, de 16 à 18 ans.

Aucune maladie grave.

Dernières règles, du 21 au 29 mars. Vomissements au début.

Entrée en gynécologie, le 7 juin, pour rétroversion de l'utérus gravide.

Palper : l'utérus est au niveau de l'ombilic.

Excavation libre. Enfant mobile, vivant.

Bruits du cœur lointains, faibles et rapides.

Toucher très douloureux.

Bassin normal.

La malade présente des végétations à la vulve, les grandes lèvres sont oedématiées, elle ne s'en est aperçue que depuis quatre jours. L'anus présente aussi des végétations. Le vagin en est rempli. Ganglions dans les aines ; dans l'aine droite existe un ganglion volumineux.

8 octobre. M. Bar examine la malade :

Chancre induré à l'entrée du vagin, à droite du vestibule. Ecoulement gonococcique. Ganglion typique dans l'aine droite.

Rien dans la gorge. Roséole débutant sur la poitrine.

Enfant vivant bien développé.

Traitement : Frictions mercurielles.

L'urine de la malade contient un peu d'albumine.

Elle est mise au régime lacté.

11. octobre. M. Barthélemy examine la malade.

Vulvite aiguë. Sécrétion purulente abondante. Blennorrhagie vaginale. Chancres de deux espèces : un chancre induré de variété érosive à la partie supérieure de la lèvre droite. Juste au niveau de l'anneau vulvaire un autre chancre, mais de forme ulcéreuse. C'est le premier qui donne l'oedème. Adénopathie syphilitique. Syphilis contractée vers le 15 août, chancre

apparu vers le 15 septembre, grossesse de six mois. Syphilis maternelle acquise, père indemne.

Trailement : injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'huile au calomel. 3 injections vaginales : 2 au permanganate de potasse ; 1 au sublimé.

Examen des urines. Trace d'albumine.

18 octobre. La malade va beaucoup mieux ; l'état de malaise général, de lassitude, douleurs dans les jambes et dans la tête, est considérablement diminué. L'état local est aussi amélioré. La malade a eu la fesse endolorie le troisième jour, comme c'est la règle, mais tout a disparu aujourd'hui ; il n'y a plus ni induration, ni nodosité.

Une injection de 0,05 centigr. est faite dans la fesse gauche, on oblitère, avec du diachylon, car le collodion a formé une érosion assez marquée.

25 octobre. Injection d'un centimètre cube d'huile au calomel dans la fesse gauche.

26 octobre. Diarrhée légèrement fétide depuis la dernière injection ; du reste la malade a toujours eu un peu de diarrhée depuis qu'on a commencé les injections.

L'induration persiste depuis l'injection du 23.

30 octobre. La diarrhée a disparu. Injection profonde d'un centimètre cube d'huile au calomel du côté droit.

Pas de diarrhée, ni induration consécutive.

7 novembre. Injection d'un centimètre cube de glycérine au calomel.

10 novembre. Pas de diarrhée ni aucun trouble. La malade va bien.

15 novembre. Injection au calomel.

20 novembre. Injection au calomel.

8 décembre. Injection au calomel.

10 décembre. Dans la nuit, brusquement la malade est ré-

veillée par une sensation d'étouffement et elle remplit son crachoir de sang liquide.

Auscultation négative.

12 décembre. M. Barthélemy voit la malade et dit de suspendre les injections pendant un mois.

16 décembre. Rien à noter. Enfant toujours vivant. Bruits du cœur normaux.

27 décembre. A 2 heures du matin apparaissent les premières douleurs.

A 5 heures du matin elle entre à la salle d'accouchement.

A 7 heures du matin la dilatation est complète.

Présentation et position O I D A. Accouchement naturel.

Fille de 2950 gr. Placenta : 550 gr.

Enfant se développant mal, diminuant de poids.

L'observation d'un cas pareil est apportée par Sename. En comparant avec les malades dont l'infection syphilitique est également mal tolérée, mais qui ne sont pas traitées énergiquement, l'auteur conclut que ces dernières accouchent des enfants manifestement syphilitiques, tandis que les femmes traitées vigoureusement ont des enfants vivants et dépourvus de stigmates syphilitiques.

OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. Bar, chef de service.

Femme infectée à la fin du 6^e ou commencement du 7^e mois de la grossesse. Accouchement à terme. Enfant sain.

Fis... Victorine, âgée de 19 ans, blanchisseuse.

Entrée le 6 décembre 1895 (clinique rue d'Assas).

III pare.

A. H. — Père et mère bien portants.

A. P. — A marché à 1 an.

Réglée à 11 ans 1/2. Règles régulières, non douloureuses, durant quatre jours.

1^{re} grossesse. — Accouchement : 12 juillet 1893. Normal. Enfant vivant.

2^e grossesse. — Accouchement : 24 novembre 1894. Hémorrhagie, enfant vivant.

Grossesse actuelle. — Dernières règles vers le 15 mars, Céphalée pendant les premiers mois. La malade dit s'être aperçue qu'elle avait un bouton à la vulve au début du mois de novembre.

Céphalée, le soir surtout ; maux de gorge, chute des cheveux.

Examen de M. Barthélemy. — A l'examen de la malade, on constate encore des traces très nettes d'une roséole arrivée depuis peu à la période du déclin.

Adénopathie inguinale très prononcée de deux côtés, peut-être un peu plus à gauche qu'à droite (lésions locales).

Adénopathie cervicale (lésions d'infection).

Peu de symptômes généraux.

A la vulve, on remarque des syphilides papulo-érosives sur le bord libre et la face interne des grandes lèvres.

Syphilides papulo-hypertrophiques au début.

Au toucher. — Sur la face postérieure du vagin, on trouve à 4 centimètres des caroncules une ulcération unique ovale de la largeur d'une pièce de 1 fr., dont les bords sont saillants et durs et qui semble avoir les caractères de la sclérose initiale. Le chancre dure un peu plus à cause de la grossesse.

Conclusion. — Syphilis récente, remontant à la fin du 6^e mois ou au début du 7^e mois de la grossesse, c'est-à-dire à 71 jours.

Donc, l'enfant est destiné à venir absolument sain, possibilité de contagion au passage, enfant ne devant pas être nourri par sa mère.

L'enfant doit être donné en surveillance à une nourrice saine ou, si l'on veut exagérer les précautions, à une nourrice anciennement syphilitique.

Traitement intensif. Injections de calomel.

Examen obstétrical. — Cœur et poumons normaux. Urine albumineuse. Squelette normal.

Au palper. — L'utérus remonte à quatre travers de doigt au dessous de l'appendice xyphoïde. Tête en bas, non engagée. Dos à gauche. Maximum des bruits du cœur à gauche O I G.

Au toucher. — Col long, perméable à son orifice externe; à travers le segment inférieur, on sent la suture sagittale dans le diamètre oblique gauche O I G A.

Enfant bien développé.

Pas d'hydramnios.

Le 15 décembre. A 1 heure, la malade perd ses eaux; à 6 heures du soir, elle vient à la salle de travail; elle n'a pas encore de douleurs.

Au toucher, on trouve le col encore épais, mais largement ouvert (dilatation 5 franc), très mou et dilatable.

On enduit la vulve et la partie inférieure du vagin avec de la vaseline iodoformée.

A 10 heures du soir, la malade est dans le même état. La tête est peu engagée en O I G F.

M. Dubrisay l'examine et passe la nuit à la clinique pour intervenir dans le cas où la dilatation se complèterait.

16 décembre. La malade, qui n'éprouve que des douleurs insignifiantes, est transportée en gynécologie à 8 heures du matin.

Col moins épais.

Dilatation : 2 franc.

Tête engagée en O I G P.

8 h. 1/2. La malade a des douleurs.

9 heures. Elle est ramenée à la salle d'accouchements.

11 heures. Dilatation : 5 franc.

12 heures. Dilatation complète.

12 h. 05. Accouchement spontané.

Enfant vivant, 2900 grammes.

L'état général de l'enfant est bon, il ne présente rien de particulier.

Le foie et la rate sont de volume normal. Pas d'éruption.

Avant la délivrance, la femme perd 700 gr. de sang. Délivrance naturelle.

Placenta 580 grammes.

Dans l'intérieur d'un cotylédon on trouve un petit kyste rempli d'un liquide transparent.

Au niveau de la caduque, il n'y a pas d'ilots calcaires, mais dans quelques cotylédons on trouve au milieu des villosités des travées fibro-calcaires. Rien d'analogue à des gommes.

18 décembre. Lochies très foetides. Température 39°. Injection iodée.

Sur la face antérieure de l'utérus on trouve quelques masses caillebotteuses dont on ne peut enlever qu'une partie avec la curette. Ces masses sont très foétides, pansement à la gaze iodoformée.

19 décembre. Lochies encore très foetides. 38°2.

On retire le pansement, la gaze iodoformée est très foétide, injection intra-utérine continue de 25 litres de permanganate.

Température du soir 39°.

20 décembre. Lochies très foétides. Injection continue de permanganate.

1^{re} de 11 heures du matin à 5 heures du soir : 110 litres.

2^e de 11 heures du soir à 4 heures du matin : 60 litres.
21 décembre. Temp. 39°2. Aucune douleur, lochies moins
foétides
50 litres de permanganate de 11 heures à 3 heures.
50 — — de 7 heures à 10 heures.
22 décembre. Temp. 38°2. 50 litres de permanganate de
10 heures à 2 heures.
L'examen microscopique des lochies a donné des cultures
extrêmement belles de streptocoques.
Temp. soir 39°. 50 litres de permanganate de 6 h. 1/2 à
10 heures.
23 décembre. Amélioration très grande. Injection iodée.
Temp. soir 38°2.
24 décembre. 37°6 matin, 37°8 soir.
La malade se sent très bien.
25 décembre. Rien de particulier.
L'enfant diminue de poids les premiers 10 jours, commence
augmenter à partir du 11^e jour. On le nourrit avec du lait
d'ânesse.
Il sort de la clinique le 31 décembre, absolument sain.

OBSERVATION

Due à l'obligeance bienveillante de M. Bar, chef de service.

Dam.. Marie, âgée de 35 ans. Artiste dramatique. Entrée
à la clinique le 18 janvier 1896.

A. H. — Mère morte il y a 20 ans sans que la malade
puisse renseigner sur le genre de maladie.

Père mort à 74 ans.

A. P. — A marché à 3 ans, réglée à 17 ans et depuis cet

Age les règles n'ont jamais été régulières. Durée des règles 2 jours. Pertes blanches abondantes. A 22 ans, fièvre typhoïde dont la convalescence a été fort longue.

Grossesses antérieures. — 1^{re} grossesse en 1891. Accouchement à 7 mois. Enfant vivant.

2^e grossesse en 1893. Accouchement à terme. Enfant mort à 6 semaines, cause inconnue.

Grossesse actuelle. — Dernières règles vers le 12 avril. Vomissements au début qui ont duré jusqu'au 15 octobre pour reprendre le 20 décembre, coïncidant avec une perte de sang de quelques heures ayant cédé à un repos au lit de 8 jours.

Ex. général. — Poumons, cœur, normaux. Squelette : légère parenthèse fémorale, colonne vertébrale normale. Seins peu développés.

La malade est très nerveuse. Pas de zones d'anesthésie, ni de rétrécissement du champ visuel.

Chancres indurés à la partie inférieure de la petite lèvre droite.

Ex. obstétr. — Utérus à quatre travers de doigts au dessous du sternum. Tête en bas. Dos à droite et en arrière.

Bruits du cœur à droite au dessous de l'ombilic.

Au toucher. — Col ramolli, dilaté comme une pièce de 2 fr. On sent la fontanelle post, mais la tête étant mobile, il est difficile de trouver la direction de la suture sagittale.

Urine normale.

La femme accouche le 24 janvier en O I G P. Durée du travail 1 h. 30; L'enfant pèse 2600, sans aucun signe de spécificité. Placenta 500, ne présentant rien d'anormal. L'enfant diminue de poids les premiers 7 jours, augmente le 8^e jour. L'enfant sort de la clinique le 9^e jour sans trace de syphilis.

OBSERVATION (personnelle)

*Époque de l'infection inconnue. Accouchement à terme.
Enfant sain.*

Rouss.... Marceline, âgée de 26 ans. Domestique.

A. H. — Néant.

A. P. — Age de la marche : 1 an.

Aucune maladie dans l'enfance.

Réglée à 18 ans, toujours bien réglée, les règles durant 5 jours.

A 23 ans (Janvier 94) premier accouchement à 7 mois de grossesse d'un enfant vivant, qui mourut 12 heures après. Cet accouchement prématuré s'est produit sans aucune cause appréciable.

A 25 ans. 19 février 95. Deuxième accouchement, également prématuré, à 8 mois de grossesse, d'un enfant vivant qui se porte bien.

État actuel. — Dernières règles: 10-15 juin.

Elle sent l'enfant depuis le 20 octobre.

Rien d'anormal au commencement de la grossesse.

Depuis trois semaines céphalée nocturne, abattement.

La malade est extrêmement pâle, anémiée.

État général. — Rien au cœur, ni aux poumons.

Squelette normal, sauf les tibias qui sont légèrement incurvés.

A l'examen des organes génitaux, on est frappé par l'aspect de la vulve, qui est énorme et qui paraît tuméfiée.

On trouve 3 plaques muqueuses à la grande lèvre droite et 2 plus grandes et plus profondes que les premières, sur la grande lèvre gauche.

Le vagin présente une coloration ardoisée très prononcée.

La lèvre antérieure du col utérin est le siège d'une plaque nummulaire, à bords saillants et durs, qui n'est qu'un chancre induré (1)

Varices aux membres inférieurs.

Ganglions inguinaux très hypertrophiés, surtout à droite.
Rien dans la bouche.

L'utérus remonte à 3 tr. de doigts au dessous du sternum.

Ex. obst. — O I G A. Pas d'hydramnios.

Enfant vivant.

Traitement. — Frictions mercurielles, à partir du 27 février.

La femme accouche le 12 mars d'un enfant vivant, qui pèse 3,200 gr. (fille) et n'est nullement syphilitique.

Rien sur la peau.

Foie non hypertrophié.

Rate inaccessible à la percussion.

Le 13 mars. L'enfant est nourri avec du lait d'ânesse.

L'enfant augmente de poids, se développe bien.

OBSERVATION (personnelle) service de M. Bar.

*Infection vers le 6^e mois de la grossesse. Acc. à terme
Enfant sain.*

Bouv.... Anne, âgée de 26 ans.

Entrée à la clinique le 5 mars 1896.

(1) Cette observation est intéressante à un autre point de vue. La femme qui est déjà habituée à accoucher prématurément, accouche à terme malgré son chancre de l'utérus, tandis que quelques auteurs affirment qu'un chancre de l'utérus prédispose particulièrement à l'avortement.

Secondipare.

A. H. — Mère morte bacillaire.

Père mort d'un cancer de l'estomac.

A. P. — Age de la marche : 1 an.

Réglée à 11 ans, toujours irrégulièrement.

Les règles sont douloureuses. Pertes blanches continuelles.

Première grossesse en 1894. Accouchement à terme d'un enfant vivant, qui est mort le quinzième jour d'un abcès à la région sous-maxillaire.

Grossesse actuelle. — Dernières règles. : 10 juin.

Durant les premiers mois : Vomissements. Constipation. Céphalalgie. Douleurs dans le bas-ventre, a senti remuer à 4 mois de la grossesse.

A 3 mois de la grossesse elle a eu une éruption sur le corps généralisée.

Ex. gén. — Cœur normal.

Poumons : Respiration rude. Expiration prolongée au sommet des deux poumons.

Squelette normal, cependant il faut noter une légère parenthèse tibiale.

Ex. obst. — Utérus remonte à 3 trav. de doigts au-dessous du sternum.

O I G P. Tête mobile. Un léger degré d'hydramnios.

Toucher. — Col mou, long et fermé.

Bassin normal.

En outre la femme présente une roséole et des plaques muqueuses sur les grandes lèvres.

La femme est faible, pâle et très anémiée.

Traitement. Frictions mercurielles.

Le 20 mars. Accouchement naturel spontané à terme.

O I G P.

Délivrance naturelle. Placenta 460. Rien d'anormal.

Enfant pesant 2.800 gr. bien portant. Pas de traces de pemphigus. Ventre un peu gros. Rate inaccessible à la percussion. Foie non hypertrophié.

Le 21 mars. L'enfant est nourri avec du lait d'ânesse. Il va bien.

L'enfant sort dans un état de santé excellent.

OBSERVATION personnelle, Service de M. Bar.

B... Louise, âgée de 38 ans, couturière.

A. H. — Père mort paralysé à 75 ans.

Frère mort d'une fluxion de poitrine à 42 ans.

Frère mort à la suite d'un anthrax, mari mort tuberculeux.

A. P. — Age de la marche, 9 mois.

Aucune maladie dans l'enfance.

Réglée à 14 ans. Elle est toujours bien réglée. Erysipèle de la face à 19 ans, qui a duré deux mois.

Elle est à sa sixième grossesse.

Premier accouchement à 21 ans, à terme (présent. du siège), l'enfant est mort, la tête restant 3 heures dans le vagin.

Les autres quatre accouchements à terme, enfants vivants.

De ses quatre enfants, un est mort à l'âge de 3 1/2 et un autre à 9 mois; Deux enfants bien portants.

E. A. — Dernières règles 12 mai 1895.

Rien d'anormal au début de la grossesse.

Ex. général. — Cœur, poumons, squelette normaux.

Ex. obstétrical. — Utérus remontant à 2 tr. de doigts au dessus du sternum.

Tête mobile. Dos à droite et en arrière, bruits du cœur à droite.

OIDP. Un léger degré d'hydramnios.

Col mou, perméable à ses deux orifices.

Complications. — Sur les grandes lèvres on constate des ulcérations ayant l'aspect des plaques muqueuses (5 sur la lèvre gauche, 3 sur la lèvre droite).

Sur la paroi vaginale droite, à 3 centimètres de l'entrée du vagin, un chancre induré en voie de cicatrisation. Les parties génitales ne sont pas bien hypertrophiées.

Sur la peau des traces d'une roséole en train de s'effacer.

Infection remontant vers le 6^e ou 7^e mois de la grossesse.

La malade se plaint d'une céphalée nocturne. Pas de troubles digestifs, ni de troubles nerveux.

Infection syphilitique bien tolérée.

La femme accouche le 16 février d'une fille.

La période d'expulsion dure 40 minutes. Délivrance normale.

L'enfant pèse 3.300 gr.

Pas de pemphigus, pas de taches sur le corps de l'enfant. Etat général bon, le ventre n'est pas volumineux.

Placenta 640 gr., n'est pas en rapport avec le volume de l'enfant, mais normal macroscopiquement.

17 février. L'enfant va bien, il a bu 85 gr. de lait.

On remarque un bouton sur la face antérieure de la cuisse.

18 février. Aspect général bon, il a bu 310 gr. de lait, il a augmenté de 20 gr.

19 février. Pas de signes syphilitiques.

20 février. L'enfant va bien.

21 février. Gardes-robes vertes et fétides, a diminué.

22 février. Gardes-robes moins fétides, a bu 300 gr.

23 février. L'enfant a diminué. Aspect bon.

24 février. L'enfant va bien, augmente de poids.

25 février. L'enfant sort dans un état très satisfaisant.

OBSERVATION recueillie avec l'assistance de M. Allaire,
élève du service. Service de M. Bar.

*Infection au 6^e mois. Pas de traitement. Accouchement à terme.
Enfant sain.*

Le 12 avril 1896. La femme P... entre à la salle d'accouchement à 10 h. 1/2 en pleine période d'expulsion, portée par des aides, la tête sortie aux 3/4 de la vulve. Elle a perdu les eaux à 3 heures du matin. Douleurs apparues à la même heure, de peu d'intensité. L'expulsion de l'enfant est vite terminée. Délivrance naturelle. Placenta normal, membranes complètes. Cordon infiltré et dissocié. Placenta, 500 gr. L'enfant pèse 2.500 gr. Etat général bon.

P..., blanchisseuse, mariée.

A. H. — Mère morte cardiaque à 42 ans.

A. P. — Age de la marche inconnu.

Réglée à 12 ans 1/2. Elle est toujours bien réglée. 2 grossesses antérieures.

1^{er} accouchement à terme en 1894. Durée du travail : 8 heures.

Au cours de la grossesse : dyspepsie, varices énormes, chorée. Tout a disparu après l'accouchement.

Enfant mort à 3 mois de la diarrhée infantile.

2^e accouchement à 8 mois en 1895. Durée du travail : 6 heures.

Au cours de la grossesse : varices, dyspepsie, chorée, qui est survenue à 5 mois de la gestation, disparue après l'accouchement. L'enfant a eu l'ophtalmie purulente. Mort à 8 mois de la diarrhée infantile.

Dernière grossesse. — Date des dernières règles : 5 juillet.

Donc, accouchement à terme.

Pas de chorée au cours de la dernière grossesse.

Troubles dyspeptiques moins intenses qu'au cours des deux premières grossesses ; a senti remuer à 4 mois 1/2.

Poumons normaux.

Cœur : souffle systolique à la pointe, se propageant vers l'aisselle.

Squelette normal.

En outre, la femme présente une éruption sur le corps, quelques ulcérations sur les jambes.

Examen fait par le docteur Barthélemy le 15 avril :

Roséole en voie de disparition. Syphilides papulo croûteuses de la jambe gauche (varices). Syphilides ulcéreuses ecchymateuses de la jambe droite. Ces deux lésions sont le signal des plaques muqueuses et, en effet, on constate à la face interne des grandes lèvres le début de syphilides érosives.

Adénopathie cervicale double.

Infection syphilitique bien tolérée, mais incontestable.

Chronologie. -- Fin de la roséole 15 avril, donc le début vers le 20 mars, ce qui reporte le début du chancre au 5 février environ, et par conséquent le début de la syphilis au 5 janvier, c'est à-dire vers le 6^e mois de la grossesse.

Ex. de l'enfant. — Pas de pemphigus. Foie non hypertrophié. Rate inaccessible à la percussion. Il présente quelques ecchymoses sur le bras gauche et sur le tronc. L'enfant est nourri avec du lait d'ânesse.

Le 16 avril. Les ecchymoses n'augmentent pas. Etat général bon.

Le 16 avril. Les ecchymoses sont en voie de disparition. Etat général bon.

L'enfant sort le 6^e jour dans un état de santé très satisfaisant.

Quand la syphilis survient du quatrième au septième mois et surtout du quatrième au sixième mois, elle est encore dangereuse pour le fœtus, car l'accouchement avant terme est encore fréquent et l'enfant est souvent atteint de la maladie maternelle. Cependant, à cette époque, les enfants viennent au monde quelquefois sains. Cela n'est pas douteux.

A ce sujet, l'observation suivante est fort concluante :

OBSERVATION d'Arming (1)

Infection d'une femme enceinte de quatre mois par son mari récemment infecté ; enfant sain ; infection de ce dernier par la mère.

Un peintre, M..., de Breslau, est marié depuis quatre ans. Un premier enfant naquit au bout de la première année du mariage ; cet enfant est fort, robuste et n'a jamais présenté aucune éruption.

Un second enfant naquit pendant l'hiver 1880-1881, mais le travail de l'accouchement ayant été fort prolongé (huit heures)

(1) Vierteljahrschrift für Dermatologie, 1883. Citée par Neumann (Wiener Medizinische Wochenschrift, 1889) et Sename Thèse de Lille, 1888.

et l'enfant ayant des circulaires autour du cou, il vient au monde mort.

Au printemps de l'année dernière, M... ayant été appelé à la campagne pour des travaux, contracta la syphilis et infecta sa femme qui se trouvait alors au septième mois de la grossesse.

Elle fut soumise à un traitement par les frictions destinées à combattre quelques accidents secondaires légers et accoucha le 29 octobre d'un enfant à terme, fort et bien constitué. La mère nourrit son enfant d'abord de deux seins, puis uniquement avec le sein droit, à cause de rhagades situées au niveau du mamelon gauche. L'enfant couchait dans le même lit que la mère.

Au bout d'un mois, elle s'aperçut que son enfant portait au niveau de la commissure labiale gauche, une petite érosion qui ne voulait pas guérir et qui ne tarda pas à s'étendre vers la lèvre supérieure en présentant tous les caractères d'une ulcération. Cette ulcération fit des progrès rapides. Une éruption se manifesta sur le tronc et c'est à ce moment que la petite malade fut présentée à la polyclinique. L'enfant paraissait relativement assez fort, mais était complètement défiguré par une ulcération qui avait presque entièrement détruit la lèvre supérieure. Le bord de l'ulcération était dur, résistant et infiltré. Cette ulcération qui ne suppurait pas, présentait tous les caractères d'une lésion primitive. Les ganglions sous maxillaires étaient considérablement tuméfiés, tandis que les autres offraient à peine le volume d'un pois. Syphilides papuleuses sur le tronc, le cuir chevelu, syphilides érosives à l'anus et à la vulve. Rien à la main ni aux pieds.

L'enfant, âgé de trois mois et demi, fut soumis à un léger traitement par les frictions ; sous l'influence du traitement, les papules disparurent et la lèvre se cicatrisa ne laissant, pour ainsi dire, qu'une cicatrice peu apparente. La mère rapporta

l'enfant à la clinique au bout d'un mois pour une périostite de l'indicateur gauche. Il succomba au bout de cinq semaines et l'autopsie permit de reconnaître les lésions suivantes : Enfant très amaigri, cicatrice indurée de la lèvre supérieure, absence de périostite à la main ; aucune efflorescence spécifique.

Poumons, cœur, reins, foie, rate sains ; cerveau mou, vitreux. On trouve à la partie postérieure du lobe gauche une plaque brunâtre de la pie-mère correspondant à un petit foyer de ramollissement de l'étendue d'un centimètre. La zone d'ossification des os examinés macroscopiquement et microscopiquement après la décalcification ne permet de reconnaître aucune trace de lésions spécifiques (1).

Il résulte même des observations publiées par Neumann, qu'on rencontre assez souvent relativement des enfants sains quand il s'agit de l'infection syphilitique acquise par la femme pendant le quatrième et le cinquième mois.

Nous aurons l'occasion d'y revenir.

(1) Cette observation va bientôt nous intéresser à un autre point de vue.





V

Enfant immunisé et enfant indemne.



Les enfants nés sains en apparence, le sont-ils en réalité? C'est là le point le plus important. Suffit-il qu'un enfant, soupçonné de syphilis, vienne au monde sans signes spécifiques pour être déclaré sain? Certainement non. Dans ces cas, « sain » veut dire « suspect ». Mais il n'en est pas moins vrai, qu'un certain nombre des enfants qui naissent sains en apparence, le sont en réalité. La preuve, c'est qu'ils prennent la syphilis après la naissance; de plus, chose capitale et importante à savoir, c'est qu'ils peuvent être infectés par leur mère. D'après nos recherches, c'est Neumann le premier qui a attiré l'attention des syphiliographes sur ce point gros de conséquences, par son observation publiée en 1885 (1). En effet, jus-

(1) Wiener Medizinische Presse, 1885.

qu'à cette époque, tous les syphiliographes affirmaient n'avoir jamais rien vu de semblable, ne pas connaître un seul exemple d'une mère syphilitique ayant engendré un enfant sain, puis l'infectant en lui servant de nourrice. C'est là la loi de Propheta : « Un enfant reconnu sain, né d'une femme syphilitique, ne court aucun danger d'infection, soit par l'allaitement, soit par les baisers de sa mère, si transmissibles que soient en réalité les accidents dont cette dernière est atteinte. » Mais plus tard, quand l'organisme a été renouvelé par la croissance, cet enfant perd son invulnérabilité en face de la syphilis (Gailleton, de Lyon). L'enfant jouit donc d'une immunité à l'égard de sa mère, il faut le supposer vacciné par la syphilis.

Telle est l'opinion classique. Aujourd'hui, cette opinion, en ce qui concerne la syphilis post-conceptionnelle, ne peut être considérée comme tout à fait juste. En effet, les observations comme celles d'Arming et de Neumann se multiplient et, si l'on en publie peu, le fait est néanmoins bien connu à l'hôpital Saint-Louis, où l'on voit bien souvent des enfants infectés après leur naissance par leurs mères, elles-mêmes contagionnées pendant la grossesse.

D'autre part cela ne suffit pas pour nier complètement la possibilité de l'immunité de l'enfant. Nous voudrions admettre qu'il y a des cas où les enfants sont immunisés, et il y en a d'autres qui sont indemnes. Ceci posé, nous pouvons dire que lorsqu'une femme est infectée pendant la grossesse, l'enfant peut être syphilitique, sain, mais immunisé ou indemne. Cette

division n'a qu'un intérêt théorique ; au point de vue pratique, il n'y a que des enfants malades et des enfants sains (1) et, chaque fois que nous sommes en présence d'un enfant né d'une mère contagionnée pendant la gestation, le seul problème que nous ayons à résoudre est celui-ci : est-il syphilitique ou non ?

Nous y reviendrons à propos de la conduite à tenir.

OBSERVATION (de Neumann) (2)

Femme infectée par son mari au 8^e mois de la grossesse. Mari indemne avant la conception. Enfant sain. Infection de ce dernier par sa mère.

Le 20 juin 1883, entre à la clinique la femme F. L., qui est au 9^e mois de la grossesse.

Elle présente, en outre, les signes suivants :

Sur le tronc des taches brunâtres irrégulières, qui ne disparaissent pas à la pression, parallèles aux plis naturels.

Sur la plante du pied gauche des taches lenticulaires, isolées, d'une couleur brun rougeâtre. Cette femme a été infectée par son mari au 8^e mois de la grossesse. Lui-même, il a pris la syphilis en avril 1883. Je l'examine le 20 juin et je trouve une cicatrice sur le pénis, syphilides maculeuses, adéno-

(1) Une fois que nous le supposons immunisé et sain, il ne peut contagionner une nourrice saine, il est donc par rapport à une nourrice bien portante comme s'il était indemne.

(2) Un cas pareil a été observé également par Obtulowitz.

pathie généralisée, plaques muqueuses aux lèvres et sur la langue.

Le 9 juillet la femme accouche d'un enfant robuste et sain. Cet enfant se portait bien tout le temps ; il couchait dans le même lit que sa mère.

A l'âge de 7 mois, on s'aperçoit que l'enfant porte à l'ombilic une ulcération à bords indurés (chancre syphilitique), qui est accompagnée d'une adénopathie inguinale volumineuse. Sur son menton on voit une tache pigmentaire cruciforme, squameuse, entourée d'une infiltration.

On examine le même jour les parents :

Le père ne porte aucune éraillure, aucune ulcération sur le corps.

La mère a des ulcérations à la vulve et au pourtour de l'anus.

L'enfant est bien développé, sa peau est riche en tissu cellulaire sous-cutané ; il a la voix forte et claire et n'a jamais présenté de coryza.





VI

Père indemne ou malade avant la conception.



Nous avons parlé jusqu'ici de la syphilis post-conceptionnelle sans nous occuper de l'état de santé du père. C'est là une grande lacune, car il est logique de diviser la syphilis post-conceptionnelle en deux catégories :

Syphilis post-conceptionnelle pure, c'est-à-dire père et mère sains avant la conception et syphilis post-conceptionnelle où le père est malade avant la conception, étant donné que souvent ou quelquefois l'état de santé du père est inconnu, la syphilis post-conceptionnelle doit être divisée en :

- 1^o Père indemne ;
- 2^o Père malade avant la conception ;
- 3^o Père inconnu.

Malheureusement, les documents nous manquent.

En effet, la plupart des observations ne disent rien du père ; il ne nous reste qu'à citer fidèlement les résultats de Neumann, seul auteur qui a réuni quinze observations concernant la syphilis post-conceptionnelle (père malade avant la conception).

Date de l'infection.	Enf. sains.	Syph.	Morts (1)
2 ^e mois.	—	—	3
3 ^e —	—	—	3
4 ^e —	2	1	—
5 ^e —	1	1	1
6 ^e —	—	—	1
7 ^e ou 8 ^e —	1	—	—
9 ^e —	1	—	—
	5	2	8

Sur les 15 cas, 5 enfants sains, et quand la mère est infectée au 4^e mois, on rencontre déjà des enfants sains. Sur les six femmes infectées pendant le 2^e et le 3^e mois, il y en a eu deux qui ont avorté deux mois après l'infection, ce qui ne s'observe pas dans la syphilis post-conceptionnelle pure, puisque, comme nous l'avons déjà dit, les femmes accouchent vers le 7^e mois. Neumann insiste sur ces six cas. Cela nous paraît important, car peut-être est-ce là l'explication de la mortalité fœtale foudroyante qui a été observée par quelques auteurs dans les cas d'infection syphilitique

(1) Nés-morts ou succombés les premiers jours après la naissance.

acquise pendant les premiers trois mois de la grossesse. Peut-être sont-ils tombés sur des cas de syphilis post-conceptionnelle avec père malade avant la conception.

Nous donnons également les résultats des observations de Neumann concernant la syphilis post-conceptionnelle où l'état de santé du père avant la conception est inconnue :

Date de l'infection.	Enf. sains.	Syph.	Morts.
1 ^{er} mois.	—	?	1
2 ^e —	—	avort. à 1 1/2	2
3 ^e —	1 (exception)	enf. macéré	1
4 ^e -5 ^e —	—	—	—
5 ^e —	—	1	—
6 ^e —	2	—	—
6 ^e -7 ^e —	1	—	—
7 ^e —	2	1	—
8 ^e —	1	—	—

Somme toute, l'infection survient les premiers trois mois, le résultat est déplorable ; à partir du 2^e trimestre, on voit déjà les enfants venir quelquefois sains. Le résultat va en s'améliorant, et pourtant on rencontre un enfant syphilitique correspondant à l'infection qui s'est produite au 7^e mois de la grossesse.

D'une manière générale, on peut classer dans la première catégorie (c'est-à-dire syphilis post-conceptionnelle pure) tous les cas où l'infection se produit vers le 6^e mois et au delà.

Si nous consultons maintenant les observations du même auteur concernant la syphilis post-conceptionnelle pure, nous trouvons le résultat suivant :

Date de l'infection.	Enf. sains.	Syph.	Morts.
2 ^e mois.	—	1	—
3 ^e —	—	2 et 1 macéré	1
4 ^e —	—	1	1
5 ^e —	1	—	—
6 ^e —	1	—	—
7 ^e —	—	2	—
8 ^e —	1	—	—
9 ^e —	1	—	—

Comparons ce tableau avec les deux précédents : Sur 5 cas d'infection syphilitique acquise pendant les trois premiers mois de la grossesse, nous avons 2 morts, tandis que le premier tableau (père malade avant la conception) nous donne sur 6 cas, 6 enfants morts ; et le deuxième tableau (père inconnu) sur 8 cas, 6 enfants morts.

En outre, sur 13 cas de syphilis post-conceptionnelle pure, nous n'avons que 3 enfants morts, tandis que 15 cas de syphilis post-conceptionnelle avec père malade avant la conception nous donne 8 enfants morts.





VII

Conduite à tenir.



Quand on est en présence d'une femme ayant pris la syphilis pendant la gestation, quelle est la conduite à tenir ?

Il faut la traiter énergiquement, même quand l'infection syphilitique est bénigne car, dans ce cas, la femme est exposée à l'avortement (1). Si la femme est « rudement éprouvée par la syphilis », le traitement doit être encore plus rigoureux. Les frictions mercurielles, le protoiodure suffisent dans les cas bénins. Dans les formes graves, les piqûres au sublimé, au calomel peuvent être pratiquées. Somme toute, il faut appliquer le traitement ordinaire de la syphilis, mais se hâter de l'appliquer, ne pas perdre un temps précieux. Rappelons les paroles de M. le professeur Four-

(1) *Sénarm.*

nier qui est arrivé à un optimisme vraiment consolant :
« En face des résultats acquis par l'expérience, on est en droit de conclure qu'au point de vue de la descendance la syphilis n'est à craindre que lorsqu'elle est ignorée et plutôt encore lorsque les parents ne veulent ni l'avouer ni se traiter. » (Riocreux).

Doit-on pratiquer l'accouchement prématuré dans les cas de syphilis acquise pendant les derniers trois mois de la gestation, comme l'a proposé Adam Oewre en 1869. Nous n'hésitons pas à donner une réponse négative. En effet, nous ne pouvons jamais être certains que l'enfant est exempt de syphilis, puisque la vérole peut être transmise même à cette époque. Or, s'il ne l'est pas, il a peu de chances de le devenir, s'il l'est par hasard, l'enfant affaibli par l'infection courra encore bien plus de dangers par une naissance prématurée. Le bien que nous ferions serait toujours douteux, le mal, si nous avons la malechance de le faire, serait évident. C'est ici la place de dire une fois de plus que la meilleure chose que nous puissions faire, c'est d'instituer le traitement antisypilitique.

Au moment de l'accouchement, s'il y a des plaques muqueuses ou n'importe quelles ulcérations à la vulve ou un chancre du vagin, il faut enduire les parties génitales avec de la vaseline iodoformée, extraire l'enfant le plus vite possible, afin d'empêcher l'infection au passage de la filière pelvigénitale.

L'enfant est venu au monde :

1^o Avec des signes de la syphilis. La conduite est

simple. C'est un enfant syphilitique qui ne peut être allaité par une nourrice saine et qui doit l'être par sa mère;

2° L'enfant est né sain en apparence. L'est-il en réalité? Nous n'en savons rien. Il est suspect. Nous ne pouvons lui donner une nourrice saine, il serait dangereux pour elle, mais en aucune façon nous ne pouvons le rendre à sa mère, car s'il est sain, c'est elle qui est dangereuse pour lui.

Que faire? Il faut le traiter en suspect tant qu'il ne prouvera pas qu'il est exempt de la syphilis héréditaire précoce, il doit être nourri artificiellement avec du lait de chèvre, du lait d'ânesse ou du lait stérilisé. Si après trois mois d'observation (1), rien de suspect ne se produit sur l'enfant, s'il se nourrit bien et augmente de

(1) La syphilis héréditaire précoce ne se manifeste pas nécessairement les premiers jours après la naissance, mais apparaît pendant les premiers trois mois, très rarement après. D'après la statistique de Roger, comprenant 272 cas de syphilis héréditaire, celle-ci s'est déclarée 122 fois dans le premier mois, 128 fois dans le second et le troisième mois et 22 fois seulement plus tard. Kassowitz donne la statistique suivante : sur 124 cas, la première apparition de la syphilis héréditaire s'est montrée 53 o/o pendant le premier mois, 33 o/o pendant le second et 15 o/o pendant le troisième (*d'Espine* et *Picot*. *Maladies de l'enfance*). Enfin Rosen. sur 344 cas, a vu :

154 enfants qui ont eu des manifestations syphilitiques pendant le	1 ^{er} mois.
117 — — — — —	2 ^e —
42 — — — — —	3 ^e —
et 31 — après le troisième mois (Vajda.)	

Si nous réunissons ces trois statistiques, nous aurons 740 cas sur lesquels la syphilis s'est montrée 53 fois après le troisième mois, c'est-

poids, on peut le déclarer sain et le traiter comme tel ; on l'éloignera bien entendu de sa mère, on peut lui donner une nourrice bien portante.

Nous ne pouvons pas affirmer dans ce cas que l'enfant est absolument exempt de syphilis. Du tout, il pourra peut-être avoir la syphilis héréditaire tardive, mais il y a de fortes présomptions qu'il ait échappé complètement à la syphilis héréditaire précoce qui est très dangereuse pour la nourrice.

Il va sans dire qu'il est prudent que le médecin surveille attentivement l'enfant pendant tout le temps d'allaitement pour écarter tout risque de contagion, si minime qu'il soit.

Si, dans ce laps de temps, l'enfant présente quelques signes de syphilis, son sort est réglé ; on va le ranger parmi les enfants syphilitiques ; s'il ne présente aucun signe de spécificité et cependant n'augmente pas de poids, ne se développe pas bien sans aucune cause apparente, c'est encore le cas de le considérer comme spécifique.

Peut-on se guider par l'époque à laquelle la mère a été infectée ? Sans aucun doute, non. Il est bien entendu que l'époque joue un rôle considérable dans l'espèce,

à-dire 8 o/o. C'est la statistique générale, et d'après les auteurs, l'enfant qui n'a pas présenté de symptômes de syphilis après le troisième mois peut être regardé, avec beaucoup de probabilité, comme indemne de la maladie.

A plus forte raison, quand il s'agit des enfants qui n'ont à compter qu'avec la syphilis post-conceptionnelle de la mère.

que le médecin aura l'occasion de voir des enfants sains quand la mère a été infectée les derniers mois de la grossesse et des enfants spécifiques lorsque la mère est infectée les premiers mois. Il pourra faire le pronostic pour l'enfant, avant l'accouchement, selon l'époque à laquelle remonte l'infection. Mais une fois l'enfant venu au monde, il doit oublier l'époque de l'infection, quelquefois ce serait tout de même un guide trompeur, c'est l'état de l'enfant pendant les quelques mois d'allaitement artificiel qui, seul, peut nous servir « et de critérium sur la santé de l'enfant et de guide pour la conduite à tenir ultérieurement. »





VIII

Quelques réflexions sur la pathogénie de la transmission de la syphilis post-conceptionnelle au fœtus.



Nous n'avons rien de particulier à dire à propos du placenta dans le cas de la syphilis post-conceptionnelle.

C'est Fraenkel (1873) qui a émis la théorie suivante :
« Si la femme est fécondée par un homme sain et si elle est infectée au cours de la grossesse, le placenta maternel sera toujours atteint, tandis que le placenta fœtal reste intact. Le fœtus peut rester sain ou devenir malade. »

Or, cette localisation des lésions dans le placenta maternel est sujette aux objections.

Etant donné, d'une part, que le virus syphilitique choisit par diffusion la voie sanguine et que le placenta forme un organisme où sang maternel et sang fœtal communiquent entre eux constamment par osmose, et,

d'autre part, que le placenta ne forme pas un filtre parfait, comment comprendre que le virus ne puisse léser que la caduque placentaire s'il vient de la mère au placenta (Shwab. Thèse de Paris 1895-96). D'ailleurs, la théorie de Fraenkel, soutenue par Saxinger, est vivement combattue par tous les auteurs français et anglais.

Nous ferons seulement remarquer ceci :

Dans le cas de syphilis post-conceptionnelle, si l'enfant est macéré ou s'il vient au monde avec des stigmates de syphilis, le placenta présente les lésions ordinaires du placenta syphilitique, augmentation proportionnelle du poids du placenta, oblitération des vaisseaux, la dégénérescence granulo-graisseuse. Le cordon est souvent infiltré et œdématié, les vaisseaux funiculaires sont dissociés. Cette description, nous la trouvons dans les observations de Etienne et de Neumann.

En outre, quand le placenta paraît être tout à fait normal, l'enfant peut être tout de même syphilitique, de sorte que l'état du placenta ne peut nous servir de critérium sur l'état de santé de l'enfant.

Comme nous venons de le voir la syphilis post-conceptionnelle se transmet au fœtus presque toujours quand elle est acquise pendant les premiers mois de la grossesse. Lorsque l'infection syphilitique survient au delà du troisième mois, tantôt elle se transmet, tantôt non. Pourquoi cette irrégularité ? D'autre part, il est évident que le placenta joue un grand rôle, car tant qu'il

n'existe pas encore ou est à l'état rudimentaire, le virus atteint presque sûrement le produit conceptionnel et ce n'est qu'à partir du quatrième mois, c'est-à-dire quand le placenta existe déjà, que l'influence du virus syphilitique ne s'exerce plus constamment. C'est pour cela que nous croyons que l'opinion de Kassowitz, telle qu'il l'a modifiée en 1875 est encore la plus acceptable et notamment : tant que le placenta est sain, le virus syphilitique ne pourra atteindre l'enfant dès qu'il est malade, le passage du virus au fœtus peut s'effectuer. Cela est d'ailleurs d'accord avec les recherches de Malvoz et Wissakowitz qui démontrent que la transmission des maladies infectieuses ne se fait que s'il y a des lésions du placenta permettant le passage de l'agent infectieux. Du Pasquali conclut formellement que l'infection n'aura lieu que s'il y a altération syphilitique de l'organe. Cette théorie peut soulever deux ordres d'objections. D'abord il n'y a pas de rapports étroits entre les altérations placentaires et la santé de l'enfant.

Certes quand l'enfant est né macéré ou avec des signes syphilitiques manifestes, le placenta est toujours pathologique, mais lorsque le placenta est tout à fait normal (macroscopiquement et microscopiquement), l'enfant peut être syphilitique. Donc placenta sain et pourtant enfant malade.

Supposons qu'il y ait des altérations placentaires que nous ne connaissons pas encore, il reste la seconde objection, comment admettre que le virus syphilitique qui est d'après toutes les probabilités un microbe,

comment admettre qu'il ne puisse passer à travers la circulation placentaire quand des éléments relativement grossiers y passent (1).

C'est pour cela qu'on peut préférer à cette théorie une autre que voici : Celso Pelizzari (2) a été amené à penser qu'il existe un antagonisme entre les produits chimiques élaborés sous l'influence du virus syphilitique et ce virus lui-même. Sans vouloir discuter si le virus syphilitique élabore des syphiliotoxines, qui jouent un rôle dans la production des accidents syphilitiques, il pense que l'organisme envahi par la syphilis produit des substances chimiques douées du pouvoir antitoxique, qui luttent contre le virus, suivant l'intensité du pouvoir de reproduction de l'agent spécifique et celle de la production et de l'élimination de ces produits chimiques, on voit survenir les temps d'arrêt ou les récidives qui caractérisent la marche de la syphilis.

A son avis, contrairement à la formule adoptée généralement, il n'est pas nécessaire que la syphilis soit guérie absolument, pour que la réinfection soit possible.

La syphilis par conception donne à l'auteur italien une nouvelle occasion de faire appel à l'action des

(1) Reiz injecte du cinabre dans la circulation d'une lapine en état de gestation. Au bout de quelque temps, il retrouve ce sel métallique non seulement dans l'utérus et le placenta de la lapine, mais aussi dans le sang du fœtus.

(2) Estratto dal Trattato Soliano di Patologia e terapia medica. Valardi, éditeur. Milan, 1895. Journal de dermatologie, 1896.

produits solubles développés sous l'influence du virus syphilitique, suivant qu'ils passent en moins grande abondance, à travers le placenta, ils peuvent conférer une immunité absolue ou relative, d'où l'absence complète ou le peu d'intensité des accidents dus au virus. L'élimination de ces produits donne l'explication des rares exceptions à la loi de Colles.

La même explication est applicable à la syphilis post-conceptionnelle : les mêmes produits peuvent conférer une immunité, à l'enfant, et leur élimination a pour conséquence l'indemnité de l'enfant qu'on observe dans certains cas.

On comprend bien d'après cette théorie qu'un enfant qui jouit d'abord de l'immunité, peut perdre quelque temps après son « invulnérabilité en face de la syphilis ».





IX

Conclusions



I. — La grossesse est très souvent entravée dans sa marche dans le cas d'infection syphilitique acquise pendant les premiers cinq mois.

II. — La syphilis post-conceptionnelle entrave rarement la grossesse quand elle survient au cours du sixième mois et au delà.

III. — La syphilis post-conceptionnelle peut atteindre le fœtus à toute époque de la grossesse.

Il semble pourtant que cela n'a jamais été observé quand la syphilis est survenue au neuvième mois.

IV. — L'enfant peut échapper à l'infection syphilitique. Cela s'observe quand l'infection date du quatrième mois et au delà. C'est même le cas ordinaire quand la femme est contaminée pendant les derniers trois mois.

V. — L'enfant, né sain en apparence, est quelquefois indemne.

VI. — Tant que l'enfant n'a pas apporté de preuves qu'il est syphilitique, il ne doit pas être allaité par sa mère, car elle peut être dangereuse pour lui.



BIBLIOGRAPHIE

- Blaise.* — Etat actuel de la science sur l'hérédité syphilitique. Thèse d'agrégation, 1883.
- Sename.* — Syphilis et grossesse. Thèse de Lille, 1888.
- Valois.* — Contribution à l'étude de la syphilis chez les femmes enceintes. Thèse de Nancy, 1883.
- Hutchinson.* — British. med. journal, 1886, vol. I, p. 239.
- Vajda.* — Kann die während der Schwangerschaft acquirirte syphilis der Mutter auf das Kind. (in utero) übertragen werden. Wiener Medizinische Wochenschrift, 1880.
- Neumann.* — Ueber poskonzeptionelle syphilis. Wiener med. Presse, 1885.
- Reimonenq.* — Contribution à l'étude de l'influence de la syphilis sur la marche de la grossesse. Thèse de Bordeaux, 1885.
- Légrand.* — Syphilis et grossesse. Thèse de Paris, 1888.
- Lewin.* — Berlin. Kl. wochenschrift, 1873.
- Etiienne.* — Annales de gynécologie, 1892.
- Charité Annalen.* — Berlin, 1893, p. 613.
- Vinay.* — Maladies de la grossesse.
- Lepage.* — Syphilis conceptionnelle. Dictionnaire Dechambre.
- Neumann.* — Arch. de tocologie, 1886.

- Hiridoyen.* — Arch. de tocologie, 1886.
- Julien.* — Maladies vénériennes.
- Fournier.* — Leçons cliniques sur la syphilis, 2^e édition, Paris, 1881.
- De l'hérédité syphilitique.
- Zeissl.* — Zur Lehre über der Vererbung, der syphilis. Wiener Med. Wochenschrift, 1880.
- Behrend.* — Zur Lehre der vererbung der syphilis.
- Lhomer.* — Thèse de Lyon, 1892. Condition de la transmission de la syphilis.
- Von Barenprung.* — Die hereditare syphilis. Berlin, 1864.
- Chabaliér.* — Transmission de la syphilis de la mère à l'enfant au huitième mois de la grossesse. Gaz. méd. de Lyon, 1864, p. 252.
- Mercier.* — Contribution à l'étude des rapports de la puerpéralité et de la syphilis. Thèse de Paris, 1886.
- Neumann.* — Wiener Med. Wochenschrift, 1889.
- Diday.* — Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. Paris, 1854.
- Jaciewicz.* — Etude sur l'hérédité syphilitique. Thèse de Paris, 1854.
- Fournier.* — Nourrices et nourrissons syphilitiques.
- Etienne.* — Annales de gynécologie, 1892.
- Schwab.* — De la syphilis du placenta. Thèse de Paris, 1895-96.





TABLE DES MATIÈRES



Introduction	5
I Historique.....	8
II. Influence de la grossesse sur la syphilis.....	15
III. Influence de la syphilis sur la marche de la grossesse.....	19
IV. Influence sur le fœtus.....	25
V. Enfant immunisé et enfant indemne.....	51
VI. Père indemne ou malade avant la conception....	55
VII. Conduite à tenir.....	59
VIII. Quelques réflexions sur la pathogénie de la transmission de la syphilis postconceptionnelle au fœtus.....	64
IX. Conclusions.....	69
Bibliographie.....	71

Vu : par le Président.
LE DENTU.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.

Paris. — Imp. de la Faculté de Médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine.

